

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 173

PCUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Emile-Jules TORTELIER

Né à Janzé (Ille-et-Vilaine) le 21 janvier 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PTOSE ET DE L'ALLONGEMENT

DU CÆCUM

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° —

PCUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Emile-Jules TORTELIER

Né à Janzé (Ille-et-Vilaine) le 21 janvier 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PTOSE ET DE L'ALLONGEMENT

DU CÆCUM

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique ophtalmologique	COUVELAIRE
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique urologique	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE
	VAQUEZ.
Clinique gynécologique	SEBILEAU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale	SERGENT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BRANCA.
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeur sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN . . Pathologie médicale
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER. Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie
LEROUX . . . Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
HERMITTE . . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale,
MOURE Pathologie chirurgicale
MULON Histologie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Fils . . Physiologie.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . Histologie.
TANON Pathologie médicale

IV.— AGRÉGÉS, CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM,

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.
LEREBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM,

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail. les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse. Hommage respec-
tueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière

*Qui nous a inspiré le sujet de
ce travail et qui nous a constam-
ment aidé dans son exécution.
Qu'il trouve ici le témoignage de
notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARCHER

A qui nous devons notre documentation. Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il ne cessa de nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMANN

Médecin consultant à Châtel-Guyon

Qui nous a facilité ce travail par ses conseils éclairés. Hommage reconnaissant.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA PTOSE ET DE L'ALLONGEMENT
DU CÆCUM

HISTORIQUE

Après les travaux de Rayer (1839) sur la néphroptose il nous faut arriver à Glenard (1885) pour trouver une étude clinique détaillée de la ptose, nom sous lequel il rangeait tout un groupe d'affections diverses à pathogénie jusqu'alors indéterminée. Et à l'heure actuelle si ses conceptions anatomiques ne sont pas acceptées par tous les auteurs, du moins ses conclusions sur le syndrome provoqué par l'entéroptose ont été largement démontrées par les examens radiologiques et radiographiques.

Puis après la géniale découverte de Rœntgen en 1895, les travaux se multiplièrent et la gastro-entérologie vécut vraiment une ère nouvelle. C'est alors qu'on apprit à mieux connaître les troubles du transit et les déformations et malformations de l'intestin. Les Allemands en particulier firent preuve d'une grande activité et Hausmann (1904) décrivit le cæcum mobile, entité morbide qu'il rendait respon-

sable pour une grande part de la pathologie douloureuse de la fosse iliaque droite. Wilms (1908) et son élève Sherlin (1910) sous le nom de *cæcum mobile*, Fischler (1909-11) sous le nom de *Typhatoniè*, Klose (1909-11) sous le nom de torsion habituelle du *cæcum*, Hofmeister (1911) sous le nom de *pérityphlite* s'occupent de la question. Mais les données modernes d'anatomie et d'embryologie ont fortement battu en brèche ces théories et au *cæcum mobile* a fait place le *cæcum anormalement mobile*. Enfin Lane décrit vers la même époque la stase intestinale chronique en insistant sur les lésions causes initiales de cette stase : formation d'adhérences au niveau du *cæcum*, coudure et bride iléale (*Lane's Kink*) donnant des raisons pathogéniques aux ptoses et allongements du côlon droit et étudiant la *côlite* consécutive à ces lésions.

D'autre part les travaux de Walter (*épiploïtes*) 1905, de Lane (1904) sur la *mésentérite rétractile* et de Jackson (1909) sur la *péricôlite membraneuse* ont contribué à montrer l'importance des réactions inflammatoires de voisinage dans la pathogénie du syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. L'apport de la chirurgie française a été considérable pour l'étude de ces *péricôlites*, *épiploïtes* et *périviscérites*. Pauchet, Okincyc, Grégoire, Duval, J.-C Roux et plus récemment, Chiray, Lebon, Descomps, Settimo, Marceau, Silhol, Gosset, etc..., ont fait paraître d'intéressantes publications à ce sujet. Enfin tout dernièrement les *péricôlites chroniques* ont

été pour Lardennois, l'objet d'un rapport lumineux au dernier Congrès de chirurgie.

Les progrès radiologiques et coprologiques, les notions particulièrement importantes pour les complications de ces périviscérités des carrefours inférieurs et sous-hépatiques jointes à la notion étiologique de côlite surajoutée ont fait progresser, et envisager sous un jour tout nouveau l'étude des ptoses et malformations du côlon droit.

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE NORMALE DU COLON DROIT.

La ptose étant surtout une maladie des mésos et des ligaments fixateurs des côlons, quelques données anatomiques et embryologiques nous semblent nécessaires pour bien comprendre certaines théories pathogéniques de cette affection.

EMBRYOLOGIE

1^o Embryologie du cæcum. — Le tube intestinal représentant l'intestin postérieur différencie rapidement un premier segment convexe en avant ou anse duodénale et un second segment également convexe en avant constituant l'anse intestinale, ombilicale ou vitteline. Le sommet de cette anse reçoit l'abouchement du canal vitellin et son méso contient l'artère mésentérique supérieure. L'anse intestinale qui augmente vite ses dimensions se décompose en deux branches.

- a) Une branche supérieure ou proximale;
- b) Une branche inférieure ou distale.

La branche supérieure donnera en plus du grêle, l'ascendant et le transverse jusqu'à l'angle colico-splénique, et c'est sur cette branche que le cæcum

apparaît sous la forme d'un renflement d'abord peu marqué.

Entre le deuxième et le troisième mois se place l'évolution de l'anse ombilicale soumise autour de l'axe mésentérique à une double poussée s'exerçant en sens inverse par suite du développement du foie, du duodéno-pancréas et des anses grêles, d'une part, de l'intestin terminal, d'autre part, en sorte que cette anse subit une torsion de 270° en sens inverse des aiguilles d'une montre ; ce qui a pour effet de porter le cæcum successivement dans les positions ci-après : hypocondre gauche, sous-hépatique, pré-rénale et enfin iliaque après avoir franchi la crête iliaque. Anormalement il peut subir une migration incomplète et rester dans l'une des positions intermédiaires précédentes ou une migration exagérée qui le fait descendre dans le pelvis, derrière ou au-dessus de la vessie et même à gauche.

2^e Accolements du péritoine. — Le mésentère de l'embryon commun aux deux branches de l'anse ombilicale se divise en deux parties : le mésentère du grêle et le méso commun aux côlons ascendant et transverse. Le méso-côlon ascendant est relié d'abord par un long méso à la ligne d'inversion postérieure du mésentère proprement dit. Puis refoulé par la masse grêle son méso s'applique contre la paroi postérieure de l'abdomen, adhère de plus en plus au péritoine pariétal si bien qu'il finit par disparaître dans 70 % des cas pour Fromont et dans 30 % pour Cohan.

Le processus de coalescence parti de l'angle colique droit gagne de haut en bas et plaque contre la paroi abdominale postérieure tout le côlon ascendant jusqu'à la limite supérieure du cæcum au niveau duquel le mésentère se dédouble passant en avant et en arrière de lui, de façon qu'il soit suivant l'expression de Tuffier libre dans la cavité péritonéale « comme la pointe du cœur dans le péricarde ».

ANATOMIE

a) **Cæcum** — Le cæcum a la forme d'une ampoule à direction verticale de dimensions variables. Il mesure 8-10 cm. (Sappey), 6-8 cm. (Gegenbaum). 5 cm. 5 (Henle), 4-12 cm. (Luschlza), soit 7 cm. de moyenne. Sa capacité très variable comme l'ont montré Charpy, Robinson, Legueu, varie entre 80 à 600 cmc. avec une moyenne de 150 cmc. Pour Taranetzky la longueur augmenterait avec l'âge. Pour d'autres, les dimensions du cæcum varieraient suivant les races, les individus et le régime alimentaire.

Moyens de fixation. — Ce sont :

1° Sa continuité avec le côlon ascendant fixé à la paroi postérieure par ses deux bords :

Gauche.

Droit : par le ligament latéro-colique ascendant qui se continue parfois sur le bord droit du cæcum en formant :

Le ligament cæcal supérieur de Tuffier ou pariéto-cæcal de Fredet.

2° Le ligament iléo-colique d'Alglave qui n'est autre que le mode de terminaison du mésentère au niveau de l'iléon et du cæcum. Ce ligament finit en pointe à quelques centimètres de l'angle iléo-cæcal, vers lequel il s'avance parfois, formant :

Le ligament rétro-iléo-colique d'Alglave qui, détaché de la face postérieure du ligament iléo-colique, s'attache à la fosse iliaque d'une part, au côlon ascendant, d'autre part, formant le ligament mésentérico-pariétal de Fredet, ou cæcal inférieur de Tuffier, lorsque l'accolement se poursuit jusqu'au bord gauche du cæcum.

Pour quelques auteurs, il n'y a pas de vrais ligaments du cæcum en dehors des replis péritonéaux soulevés par les vaisseaux, replis qui n'ont pas d'entête anatomique ni d'importance physiologique.

b) **Angle droit.** — D'une angulation de 70 à 80° il est situé dans l'hypocondre droit au niveau du tiers inférieur et externe du rein.

Moyens de fixité. — Il est maintenu en place par le péritoine qui se comporte sur lui comme sur le côlon ascendant. De plus, trois replis péritonéaux, inconstants il est vrai, viennent s'insérer sur le coude colique et contribuent à leur tour à sa fixité. Ce sont :

1° Le ligament hépato-colique qui part de la face inférieure du côté droit du foie et vient s'épanouir en évantail sur l'angle colique et la face antérieure du rein droit.

2° Le ligament cystico-colique décrit par Bricou en 1887 et par Buy en 1904 qui n'est autre qu'un prolongement du petit épiploon, d'une part, jusqu'à la vésicule biliaire et, d'autre part, jusqu'à l'angle colique droit.

3° Le ligament phrénico-colique droit ou sustentaculum hépatique de Trèves, ou gastro-colique de Jonnesco.

4° Le méso-côlon transverse. Pour Buy et Fromont, le processus de coalescence qui fait disparaître le méso-côlon ascendant ne s'arrête pas au coude droit, va plus loin et arrive jusqu'à la deuxième portion du duodénum, d'où il résulte que le méso-côlon transverse n'a qu'une existence transitoire dans sa partie droite. On pourra donc distinguer deux parties dans le côlon transverse de l'adulte : une droite s'étendant de l'angle hépatique jusqu'au point où elle croise la deuxième partie du duodénum, relativement bien fixée et l'autre au contraire mobile, à gauche de la deuxième partie du duodénum.

5° Une lame fibreuse secondairement acquise, bien décrite par Buy, qui rapproche les deux segments colique du coude et qui se verrait surtout dans les cas de côlons déplacés en bas (29 % des cas d'après Buy).

6° Buy décrit en outre un ligament duodéno-colique qui va du bord de la première portion du duodénum jusqu'au bord supérieur du côlon transverse sous-jacent et détermine avec la lame épiploïque qu'il recouvre une fossette duodéno-colique.

PHYSIOLOGIE

Quelques données physiologiques relatives aux mouvements de l'intestin et à la résorption cœco-colique semblent nécessaires pour bien comprendre le mécanisme de la stase chez les ptosiques ainsi que la dénutrition et l'intoxication qui en résultent.

Mouvements de l'intestin. — La progression des fèces est sous la dépendance de mouvements péristaltiques connus depuis très longtemps et primitivement décrits par Hertz. On décrit également des mouvements anti-péristaltiques d'ailleurs discutés, admis par Gley et les auteurs allemands, Sterling Klose, etc..., découverts en 1890 par Jacobi et étudiés par Cannon au moyen des rayons X sur le chat, par Elliot et Barclay-Smith sur l'intestin d'animaux mis à nu. Enfin des mouvements pendulaires décrits par Rieder, appelés mouvements de va-et-vient par Bloch, Bergman, Lenz, mouvements de brassage par Schwartz et qui pour Case sont précurseurs des mouvements de masse décrits par Holzknecht, concourent aussi à l'évacuation de l'intestin.

C'est cette alternance de péristaltisme et d'anti-péristaltisme qui ramène le contenu intestinal vers

le cæcum tant que le travail de récupération n'est pas achevé et qui commande le mode de progression normale des fèces qui pour Holzkecht, Stierlin, etc... se fait par un glissement, un véritable bond de toute la colonne fécale qui progresse aussi vers le segment suivant, après quoi survient un repos de plusieurs heures.

Renforcements au niveau des angles. — Le côlon possède un système nerveux autonome, décrit par Keith et étudié par Cannon, Payr, Moutier, constitué par les plexus de Meisner et d'Auerbach qui pénètre les tuniques musculaire et sous-muqueuse où ils sont renforcés par des amas de cellules nerveuses réparties dans certaines régions où elles déterminent des zones de renforcements musculaires qui fonctionnent comme de véritables anneaux sphinctériens. Les plus importants se trouvent localisés au niveau des angles, en particulier de l'angle droit et de la première moitié du transverse. Cette segmentation physiologique du côlon semble bien répondre à la réalité et occupe pour beaucoup d'auteurs une part prépondérante dans la genèse de la stase colique droite.

Durée du transit normal. — Les chiffres donnés par les auteurs allemands et anglais varient légèrement mais on peut admettre que les aliments tombent dans le cæcum vers la 4^e heure, la digestion cæcale atteignant son apogée vers la 6^e heure et l'angle hépatique étant atteint entre les 7^e et 8^e heures.

Résorption cæco-colique. — Le gros intestin a été longtemps considéré comme un organe uniquement évacuateur. Même on a été plus loin et Abbu, Metchnikoff l'ont considéré comme un organe nuisible. Ce dernier dans ses *Essais optimistes* écrit : « ...Le gros intestin doit même être rangé dans la catégorie des organes nuisibles à la santé et à la vie des hommes... » A l'heure actuelle si on le considère avec Gley comme un organe non indispensable à la vie on admet généralement que le côlon droit et en particulier le cæcum joue un rôle actif d'absorption et de digestion. Carnot et Bondouy qui ont pu analyser les selles anales et cæcales chez un sujet porteur d'un anus cæcal ont pu voir que c'est dans le cæcum où les matières sont liquides que s'effectue la deshydratation du contenu colique. Ils ont vu en outre, que les sucres dont la présence se manifeste une heure après absorption ont complètement disparu en deux heures et demie ; que l'amidon finit par s'y résorber après 6 h., les albumoses après 4 h. Ils y ont trouvé en outre de la thyrosine, des phénols, de l'indol, enfin une flore microbienne très riche qui parachève les transformations digestives et donne au contenu cæcal une réaction nettement acide.

Tous ces points sont précieux pour aider au diagnostic coprologique des lésions cæcales en même temps qu'ils font comprendre, comme l'a montré J.-C. Roux, pourquoi la constipation droite retentit si précocement et d'une façon si intense sur l'état général.

PATHOGENIE

La pathogénie des ptoses et allongements de l'intestin a donné lieu à de nombreuses théories qui loin de se exclurent ont toutes leur valeur particulière.

PTOSES VRAIES

Théorie congénitale. — Comme nous l'avons vu, l'évolution embryologique du tube intestinal explique bien toutes les positions basses du cæco-ascendant.

D'autre part, diverses malformations congénitales qui se commandent et se combinent favorisent et conduisent à la ptose du cæcum. Ce sont :

- 1° La longueur exagérée du cæcum ;
- 2° La longueur du côlon ascendant qui « dans nombre de cas paraît disproportionné à la cavité qui le porte » (Lardennois) ;
- 3° L'inconstance et l'insuffisance des ligaments fixateurs du cæcum ;
- 4° L'inconstance et l'insuffisance des ligaments fixateurs de l'angle droit dont on peut dire qu'elle est la règle.
- 5° L'évolution anormale du processus de coalescence du péritoine et des mésos.

Il est bien évident que la persistance d'un méso-ascendant qui disparaît normalement dans l'accolement du côlon ascendant au péritoine pariétal, est une cause prédisposante de ptose en permettant une mobilité exagérée du côlon ascendant.

Nous avons vu combien est fréquente cette variabilité de formes, dimensions et moyens de fixité du cæco-ascendant. De plus, nous admettons avec Tuffier la notion de terrain particulier caractérisé par une insuffisance physiologique des tissus, ainsi que celle de l'hérédité qui fait que des ptosiques engendrent des êtres présentant une insuffisance physiologique des tissus. Enfin si on ajoute à tout cela qu'on a vu des ptoses du cæcum chez des enfants ayant une pathologie intestinale nulle, on est naturellement conduit à admettre avec Stiller, Lardennois, Kantor, etc... le caractère nettement congénital de la ptose du cæcum.

En résumé deux cas peuvent se produire : 1° La ptose est d'origine congénitale ; elle existe alors dès le premier âge de la vie et est due à une migration exagérée du cæcum lors de la torsion de l'anse intestinale primitive autour de l'axe mésentérique. 2° Des malformations congénitales prédisposent d'une façon nette à la ptose qui s'installe dans l'adolescence chez des sujets à abdomen allongé sous l'influence de causes diverses surajoutées : mauvaise hygiène digestive, maladies infectieuses débilitant l'organisme, etc...

THÉORIES DIVERSES

1° **Habitus vertical de Lane.** — Lane accuse la station debout d'entraîner la chute des viscères, car, pour lui, l'homme n'est pas fait pour vivre debout ou assis. Mme Laurka, récemment, a montré qu'en Orient les femmes sont rarement affectées de prolapsus abdominaux, la position accroupie jouant un rôle bienfaisant par les mouvements qu'elle oblige les muscles de la paroi à exécuter ; c'est l'usage de la chaise qui prive les Occidentaux de la bienfaisante utilité de tels mouvements.

2° **Troubles de la statique abdominale.** — Ils sont de deux ordres : soit intrinsèques (pression abdominale et paroi abdominale), soit extrinsèques (constriction thoracique). Pour Glénard c'est la tension abdominale qui joue un rôle primordial et qu'il définit. « L'expression des forces qui, à l'état normal, proportionnent assez exactement la capacité de la cavité abdominale avec le volume du contenu ». Pour d'autres, Schwerd, Hertz, le rôle joué par la paroi est le plus important. Enfin Fraikin associe ces deux processus qui retentissent l'un sur l'autre. Naguère on incriminait beaucoup la constriction thoracique due au corset aujourd'hui disparu (Buy), à la ceinture chez l'homme, au port des talons hauts par cambrure exagérée des reins.

3° **Amaigrissement.** — L'amaigrissement peut être primitif et alors il est facteur de ptose, ou se-

condaire et alors il est entretenu par la ptose. De toutes façons, il a une influence certaine sur l'évolution de cette affection par le relâchement de la paroi qu'il crée et par la disparition des coussinets adipeux solidarissant les mésentères.

Grossesse. — Le rôle de la grossesse est universellement admis dans les cas de prédisposition par insuffisance physiologique des tissus.

THÉORIE NERVEUSE

Des lésions nerveuses du plexus solaire peuvent déterminer des troubles trophiques de la musculature intestinale favorisant la ptose et surtout l'allongement.

La fréquence plus grande de la ptose du cæcum chez la femme est un fait généralement admis que l'on peut expliquer avec Leslie par l'obliquité du pelvis, la largeur de la cavité pelvienne plus grande chez la femme et la vie sédentaire auquel la femme est souvent assujettie.

Ptoses associées. — La ptose du cæcum est souvent associée à une ptose de l'angle droit, du transverse, de l'estomac ou du rein droit. Nous serons obligé de reparler des deux premières, vu leur coexistence fréquente avec la ptose du cæcum. Dans l'association des ptoses du cæcum et de l'estomac, Colaneri croit que c'est la gastropptose qui est primitive; Glénard et Stierlin, au contraire, pense que la ptose du cæcum est la lésion initiale; Alglave qui

a étudié les rapports de la néphroptose droite avec la ptose du cæcum croit que, dans ce cas, c'est l'abaissement du rein qui commande la ptose du côlon droit.

Influence de l'appendicite sur les ptoses du cæcum. — L'appendicite a une influence certaine sur les ptoses du cæcum en particulier sur celles qui se compliquent de côlites et qui sont la règle comme nous le verrons plus loin. Sans vouloir ranimer les vieilles controverses Dieulafoy-Reclus quant à l'appendicite ou à la typhlocôlite primitive, nous pensons que parmi les complications appendiculaires les premières en date, on peut situer la côlite, en particulier la côlite muqueuse qui, cependant et dans nombre de cas, précède l'appendicite, évolue avec elle et persiste lorsque celle-ci s'atténue ou s'éteint. Ces côlites sont en général rebelles au traitement habituel et sont sujettes à récidives. « Ce sont souvent ces récidives qui décèlent l'épine irritative et mettent sur la voie de l'appendicite chronique larvée : toute côlite rebelle doit la faire soupçonner » (Faroy et Baumann). Ces 2 affections qui évoluent souvent en même temps retentissent l'une sur l'autre ; la côlite en sensibilisant l'appendice à l'infection et l'appendicite en jouant le rôle de « mère bactérienne » (Okinczyk).

D'autre part, l'appendicite qui s'accompagne de troubles du système nerveux organo-végétatif, en particulier de vagotonie, détermine par voie nerveuse réflexe des spasmes du côlon au niveau des

zones de renforcements musculaires qui conditionnent à leur tour la stase et la distension du cæco-ascendant ptosé.

De plus, l'appendice enflammé réagit localement en créant des périviscérites adhésives du carrefour iléo-cæcal et à distance par voie lymphatique inflammatoire, sur l'épiploon et le carrefour sous-hépatique. Ces adhérences, en fixant le cæcum ptosé favorisent sa déchéance organique (distension, stase, etc).

En résumé : appendicite, còlite, péricòlite, périviscérite forment un cercle vicieux qui détermine l'apparition de symptômes cliniques chez des ptoses jusqu'alors latentes.

ALLONGEMENTS

L'allongement est caractérisé par une augmentation de longueur de l'intestin sans augmentation de capacité. Pour Bouchard et Hayem cet allongement est lié à une débilité et une dystrophie congénitale de la fibre musculaire lisse. Cette débilité et cette dystrophie peuvent être acquises et l'allongement est alors, comme l'ont montré MM. Faroy et Baumann, le mode de réaction ultime du côlon à la còlite et à la périviscérite survenant au cours de l'évolution de la còlite. Le côlon luttant contre l'obstacle finit par céder, se relâche et on assiste alors, suivant l'expression de MM. Faroy et Baumann, « A une véritable asystolie du côlon ».

La ptose peut coïncider avec l'allongement et la distension, et il faut penser qu'il est souvent difficile d'en définir l'élément primitif; d'ailleurs il n'est pas illogique d'admettre que l'infériorité physiologique des tissus puisse amener l'évolution des deux processus.

Ptoses pathologiques. — Les examens radiologiques ont montré depuis longtemps que de nombreux sujets ptosés ne présentaient aucune manifestation pathologique, F. Glénard expliquait le fait par une modification fonctionnelle du foie créant une réaction compensatrice. Pour d'autres, le syndrome anatomique ne se compliquerait d'un syndrome pathologique qu'au cas où il y aurait un élément névropathique surajouté. Pour nous, l'élément surajouté est la cœlite, ou plus exactement le typho-cœlite, comme l'ont montré MM. Faroy et Baumann et comme nous le démontrerons plus loin.

DESCRIPTIONS DES LÉSIONS

1. — ABAISSEMENT DE L'ANGLE DROIT AU-DESSOUS DES CRÊTES ILIAQUES RELACHEMENT OU DÉFAUT DE COALESCENCE DES MÉSOS

Le signe anatomique pathognomonique de la ptose colique droite est l'abaissement de l'angle droit au-dessous des crêtes iliaques. Cette ptose de l'angle droit peut exister seule, tandis que la ptose vraie du cæcum et de l'ascendant s'accompagne toujours d'une ptose de l'angle droit.

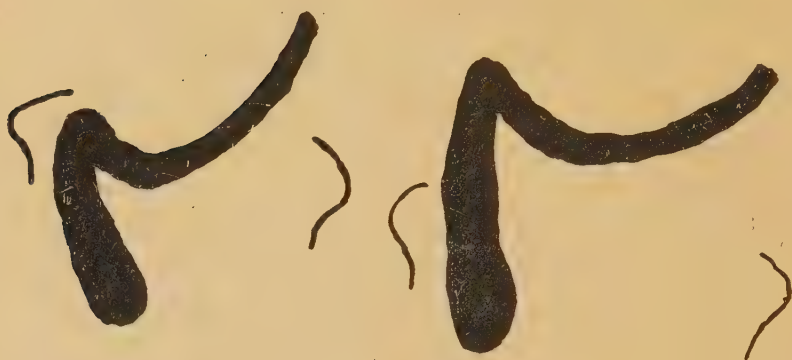
On peut décrire :

1^o Une ptose limitée au cæcum à l'ascendant et à l'angle hépatique.

La position du cæcum varie avec le degré de la ptose : positions iliaque inférieure, pelvienne et jusque dans le Douglas.

En position debout, l'examen aux rayons X le montre médian, sus ou rétro-pubien, presque horizontalement placé. La ptose de l'ascendant et de l'angle droit est plus ou moins complète. Elle est incomplète lorsqu'il y a eu seulement relâchement des mésos et des liens habituels ; dans ce cas l'angle colique se tasse, se replie sur lui-même au-dessus de l'ascen-

dant qui décrit une série de boucles et de sinuosités normales. Elle est complète lorsqu'il y a absence congénitale des ligaments fixateurs de l'angle droit



I. *Debout*

Ptose cæco-ascendante sans adhérences ni points douloureux.

II. *Décubitus dorsal*

Le cæcum remonte légèrement. L'angle droit se déroule normalement et remonte à sa place.

et lorsque le côlon droit est pourvu d'un très long méso qui ne s'est pas accolé. On constate alors un véritable télescopage de tout le côlon droit qui se tasse et se replie sur lui-même. La main arrive à déplier les sinuosités et courbures anormales et à ouvrir l'angle colique sans provoquer aucune douleur.

Dans le décubitus dorsal, on voit, sous le contrôle de l'écran, le côlon se dérouler normalement. Le cæcum remonte de plusieurs centimètres et l'angle droit reprend sa place normale dans l'hypocondre droit au niveau de la X^e ou XI^e côte.

2° Une ptose à type plus complet par adjonction de la ptose des 2/3 droits du transverse.

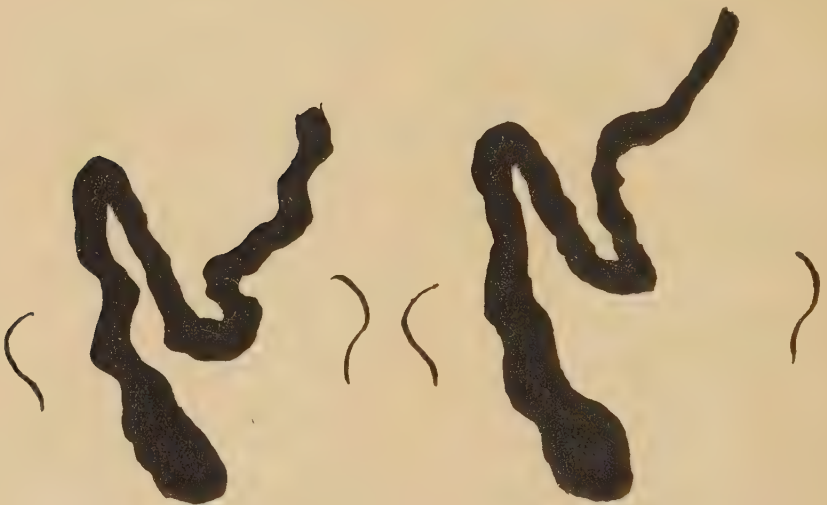
Le transverse s'accôle parallèlement au cæco-ascendant en canons de fusil en formant une masse énorme dans la fosse iliaque. Cette ptose du transverse est plus ou moins accentuée, elle peut rester limitée à la partie voisine de l'angle droit ou affecter les 2/3 du transverse qui descend alors très bas et dont l'amorée semble partir du bas-fond cæcal. Ensuite, le transverse se dirige presque verticalement « en écharpe », suivant l'expression d'Antoine et Martel, pour aller rejoindre l'angle splénique non déplacé.

Dans le décubitus dorsal, on voit, sous le contrôle de l'écran, le transverse remonter notablement et l'angle droit s'ouvrir jusqu'à 45°. Ces lésions sont conditionnées par la persistance dans la partie droite du transverse d'un long méso qui disparaît normalement comme nous l'avons vu dans 70 % des cas.

Le défaut de coalescence des mésos et surtout la persistance d'un méso-côlon ascendant observés fréquemment avec les lésions précédemment décrites expliquent la mobilité anormale du cæco-ascendant observé le plus souvent avec les ptoses du cæcum sans périviscérites.

II. — ALLONGEMENTS. MYASTHÉNIE LISSE ET DILATATION CÆCO-ASCENDANTE

Comme le nom l'indique il y a allongement ou dolichocolie cæco-ascendante lorsque le côlon droit présente une augmentation de longueur anormale.



1. Debout

II. Décubitus dorsal.

L'angle droit est à sa place normale, le cæcum est bas et distendu. Il y a également allongement du côlon transverse.

L'angle droit n'a pas bougé, mais le transverse a remonté un peu.

Deux affections peuvent prêter à confusion : la ptose et le mégacôlon. La ptose est caractérisée par la chute de l'angle droit et le mégacôlon (mégacæcum et mégacôlon ascendant) par une dilation simple mais énorme.

Dans l'allongement l'angle droit reste accroché à sa place normale. L'ascendant semble étiré ; il y a accentuation de la légère courbure qu'il dessine normalement et de plus il peut se plisser en de multiples sinuosités. Le cæcum étiré dans le sens de la longueur se place souvent horizontalement par suite de la difficulté qu'il éprouve à s'adapter à sa position normale. Ces lésions sont commandées ou du moins facilitées par la persistance d'un long mésoascendant.

Au point de vue physiologique ces lésions sont le fait d'une myasthénie lisse congénitale ou ce qui est le cas le plus fréquent, consécutive à l'évolution d'une typhlo-côlite.

Cette myasthénie lisse est caractérisée par la perte du tonus musculaire de la fibre lisse qui se relâche. Elle suit une marche progressive. Dans un premier stade où la lésion est compensée il y a simple allongement sans dilatation. Mais lorsque la côlite continue à évoluer, la déchéance musculaire devient totale par suite de la fatigue imposée à la musculature intestinale par un état de contracture trop intense ou par un obstacle mécanique (péricôlite, périviscérite) qui s'oppose à l'évacuation du cæco-ascendant. Alors la dilatation passive s'installe : dilatation cæco-ascendante et ectasie cæcale. A ce moment l'allongement permanent et irréductible s'il n'est pas traité est constitué. Cet allongement du cæco-ascendant se complique souvent de dolichocolie transverse qui est le mode de réac-

tion le plus fréquent du côlon transverse à la côle. D'ailleurs pour certains auteurs, Duroux de Lyon en particulier cet allongement du transverse dans les lésions cœcales est une constante.

III. — PTOSES OU ALLONGEMENTS COMPLIQUÉS DE COLITES OU DE PÉRIVISCÉRITES

1) **Côle.** — Dans les allongements du cœcum la côle est presque une constante puisque c'est elle qui est le plus souvent responsable de la myasthénie lisse causale. D'autre part elle coexiste presque toujours avec les ptoses à manifestations cliniques puisque comme nous le verrons c'est elle qui conditionne la stase.

On trouvera donc au niveau du cœco-ascendant toutes les lésions de typhlo-côle : perte du tonus musculaire lisse, altérations de la muqueuse, pertes de substances, lésions des plexus (entéro-névrites), etc...

2) **Périviscérîte.** — Les périviscérîtes qui compliquent les ptoses et allongements du cœcum sont congénitales et le plus souvent acquises ; elles dérivent alors soit de lésions péri-coliques de voisinage, soit de lésions appendiculaires ou cœcales (typhlo côle).

Elles sont constituées principalement par des épiploïtes, des péricôlites et des adhérences opératoires.

Au niveau du carrefour iléo-cæcal on trouve sur la fin de l'intestin grêle :



++ = points douloureux
 } = accolement irréductible

I. Debout.

Périviscérite du carrefour inférieur et de l'angle droit avec canons de fusil droit irréductible et stase iléale.

II. Décubitus dorsal.

Le cæcum et l'angle droit ne remontent pas. Non dissociation de l'accolement colo-colique.

1° *La bride de Lane.* — Bandelette fibreuse tendue entre la base du mésentère et le bord libre de l'intestin, coudant en V la fin de l'iléon ;

2° *La bride sous-iléale préterminale de Lardenois* qui fixe l'intestin qu'elle attire vers la partie inférieure de la fosse iliaque en déterminant une coudure à angle ouvert en haut ;

3° Un voile fibrovasculaire qui couvre la fin de l'iléon et la partie voisine du cæcum ;

4° Des adhérences séquelles d'appendicectomies ;

6° Des épiploïtes adhérentes.

Sur le cæcum on observe :

1° Le voile cæcal postérieur qui enveloppe le cæcum sans le fixer à la paroi ;

2° Le voile cæcal antérieur ;

3° La membrane pariétocæcal externe qui rattache le versant externe du cæcum à la moitié externe de la fosse iliaque (Lardennois).

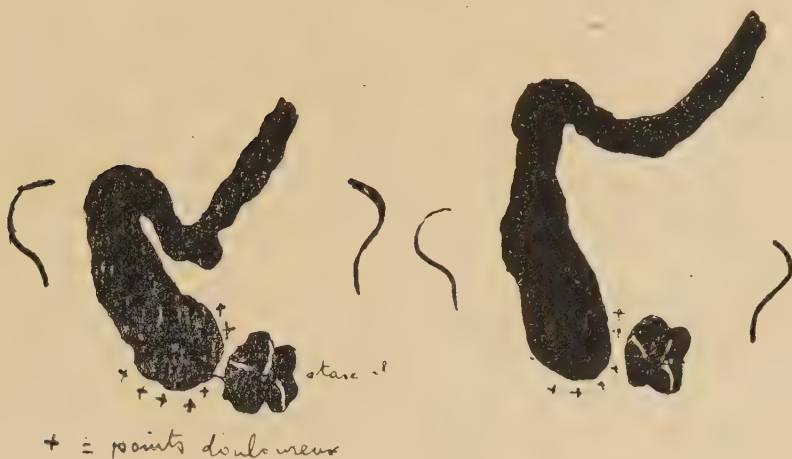
Toutes ces formations vélamenteuses d'abord souples et lâches deviennent fibreuses, cicatricielles, rétractiles et constituent la périviscérite adhésive qui soude et accole les segments coliques télescopés dans la fosse iliaque.

Au niveau de l'angle droit. — Lorsque l'angle droit est resté accroché à sa place normale (allongements) on rencontre des adhérences hépatiques duodénales et gastriques et une fermeture de l'angle consolidée par quatre plans d'adhérences : le premier plan provient des plissements et des rétractions de l'appareil suspenseur de l'angle droit, le deuxième plan est formé par l'épiploon, le troisième plan par une intrication fibreuse qui soude superficiellement en surface la face antérieure du côlon ascendant à la face inférieure du transverse droit ; le quatrième plan est formé par l'accolement de la partie droite du méso-transverse à la partie supérieure du méso-côlon ascendant.

Dans les cas fréquents où les malformations cæco-ascendante s'accompagnent de ptose ou d'allonge-

ment du côlon transverse se trouve réalisé l'accolement coli-colique dit en canons de fusil ou en épingle à cheveux.

Ces périviscérites sont caractérisées radioscopi-



I. *Debout.*

Périviscérite du carrefour inférieur avec caecum dilaté et stase iléale.

II. *Décubitus dorsal.*

Le caecum reste fixé. L'angle droit se déroule et remonte normalement.

quement et radiologiquement par la stase et leurs déformations particulières. Une de leurs manifestations la plus fréquente est la stase iléale caractérisée par la dilatation des dernières anses du grêle et la persistance de l'ombre opaque après 15 heures.

SYMPTOMATOLOGIE

L'interrogatoire de ces malades montre presque toujours une hérédité neuro-lymphatique. Les troubles douloureux de l'enfance manquent rarement. Ce sont des intoxications alimentaires par alimentation défectueuse et des états infectieux : angines à répétition, fièvre typhoïde, grippe, etc... On note également fréquemment des lésions pleurales (pleurite, pleurésie) et une insuffisance respiratoire consécutive à des lésions du rhino-pharynx.

Baumann a attiré l'attention sur ces troubles qui évoluant par étapes successives sont les premières manifestations d'une affection colique manifeste de l'âge adulte.

A l'examen ces malades se présentent généralement comme des asthéniques. Ils ont un thorax étroit lié à l'insuffisance respiratoire. La station verticale met en évidence, même chez les amaigris, le ventre en besace traduisant la mauvaise qualité de la paroi. Cette déficience de la paroi est également appréciable à la palpation et se traduit souvent par des amorces de hernie. Cependant on peut observer des ptoses et des allongements chez des sujets ayant une bonne musculature abdominale,

par exemple chez des sportifs ; mais ce sont là des faits beaucoup plus rares, plutôt en rapport avec les allongements.

Ces malades donnent en général l'impression de dolence, d'apathie, d'une peur de l'effort.

Nous décrirons, en dehors d'une forme latente sans manifestations cliniques :

1^{re} Forme larvée. — C'est à l'occasion d'un repas copieux, à la suite d'écarts de régime, d'efforts physiques inaccoutumés, d'un voyage fatigant que le malade ressent quelques malaises passagers caractérisés par une sensation de tension douloureuse, de pesanteur de l'hypocondre et même de toute la fosse iliaque droite. Cette pesanteur cède rapidement sous l'influence du repos allongé, ou disparaît subitement à l'occasion d'un relâchement des vêtements, d'un changement de position. Les malades le savent bien et s'allongent immédiatement dans le décubitus ventral ou mieux encore dans le décubitus latéral gauche qui favorise et facilite l'évacuation du cæco-ascendant. Ces petits malaises se produisent soit 2 à 3 heures soit 6 heures après le repas, c'est-à-dire au moment où le cæcum se remplit et au moment où la digestion cæcale atteint son maximum et où le cæco-ascendant se contracte pour se vider.

Les troubles digestifs très légers sont la règle (langue saburrale, haleine légèrement fétide, appétit capricieux). Les selles sont variables de consistance et de couleur, le malade est souvent légère-

ment constipé et fait usage de laxatifs. On observe également quelques signes d'hypotension (bourdonnements, anémie, froideur des extrémités) et une légère instabilité du système neuro-végétatif.

Signes physiques. — Au moment des crises douloureuses on sent, par une palpation attentive de la fosse iliaque droite, sous une paroi souple, le ballonnement du cæco-ascendant qui forme généralement une tuméfaction allongée et légèrement oblique en haut et en dehors. Cette tuméfaction élastique, souple et rénitente donne du tympanisme à la percussion et souvent un bruit de clapotage à la succussion. En exagérant la pression des doigts on peut réduire cette tumeur qui s'affaisse en gargouillant en même temps que la douleur disparaît. En dehors des crises on observe seulement un léger amaigrissement qui cède rapidement au traitement médical.

2^o Forme franche subaiguë — La forme légère décrite précédemment peut s'aggraver si les malades ne se soignent pas. Les crises douloureuses sont plus intenses et plus fréquentes. Elles surviennent à la suite d'écarts de régime ou même sans cause apparente. C'est une sensation de distension pénible à siège mal défini avec douleurs violentes irradiant dans toute la fosse iliaque, vers la cuisse, l'ombilic et surtout les lombes. Le faciès prend un aspect grippé, les nausées sont fréquentes et les vomissements d'abord alimentaires puis bilieux sont abondants. On pourrait croire à une

appendicite aiguë mais on ne trouve ni la contraction musculaire, ni le ballonnement généralisé et le décalage de la température ne dépasse pas quelques dixièmes de degré. Enfin la terminaison de la crise qui peut durer plusieurs heures se trouve annoncée par des bruits musicaux et par des évacuations alvines et gazeuses souvent fort abondantes.

En dehors de ces crises subsiste un endolorissement permanent de la fosse iliaque augmenté par la marche et la station debout. Les selles, petites, insuffisantes alternent avec de petites débauches diarrhéiques. Les troubles digestifs et l'instabilité neuro-végétative s'affirment.

Signes physiques. — A l'examen on trouve dans la fosse iliaque droite un cæcum ballonné, distendu, gargouillant qui à la percussion donne du tympanisme. Il est douloureux à la pression le long de son bord externe. D'autres fois il est plus difficile de différencier le cæco-ascendant et on a la sensation d'un magma colique rénitent qui s'engage dans le petit bassin. Au moment des crises la succussion donne un bruit de clapotage dont la radioscopie contrôle l'existence en révélant un niveau liquide dans la fosse iliaque.

On ne constate jamais de fièvre et somme toute, en dehors des crises, malgré l'amaigrissement qui s'est accentué, l'état général n'est pas mauvais.

3^e Forme compliquée de côlite, de périviscérite et de cæcum anormalement mobile. —

A ce stade, l'affection sans être menaçante pour la vie constitue une grave infirmité.

Les signes physiques et cliniques sont ceux de la typhlo-côlite, de la périviscérite et de la stase.

Signes de côlite. — La palpation montre un cæco-ascendant volumineux abaissé très bas, dilaté, gargouillant et dont la percussion douloureuse donne du tympanisme. Lorsque le cæcum est jusque dans le petit bassin le toucher vaginal ou rectal est nécessaire pour en explorer le bas fond. On a la sensation soit d'un boudin cæcal dur, tendu, se dessinant parfois sous la paroi, soit d'une masse informe rénitente qui plonge dans le petit bassin. Les points douloureux sont multiples et disséminés dans toute la fosse iliaque ; ils sont produits à la fois par la pression sur l'organe et par le tiraillement des plexus lié au relâchement des mésos.

L'amaigrissement constant est considérable et suit une marche progressive, donnant au malade un aspect de sénilité précoce. Les douleurs violentes irradient vers l'épigastre, vers la racine de la cuisse et surtout dans les lombes.

L'examen des selles rend un compte exact des altérations de la muqueuse cæco-colique. L'examen radiologique, en dehors des signes de ptoses, peut déceler les lésions côlitiques caractérisées par « Un cæcum très inégalement rempli ; des images pseudo lacunaires ou vacuolaires, zones claires parsemant la masse opaque, incisures profondes, mouvements péristaltiques ou antipéristaltiques. Cette spasmo-

phlie est nettement accusée un peu au dessous de l'angle droit, au niveau de ce sphincter secondaire cæco-ascendant qui commande à l'évacuation cæcale » Faroy et Baumann.

Nous n'insisterons pas davantage sur les signes cliniques qui changent avec le stade d'évolution des lésions colitiques et qui seront étudiés à nouveau dans un des chapitres qui suivent.

Signes de périviscérites. — Les périviscérites en évolution sont caractérisées par de la douleur et de la stase.

Les douleurs sourdes, continues, augmentent pendant la marche et la station assise et irradient vers les lombes, la face antérieure de la cuisse et la vessie.

A la palpation on constate une hyperesthésie cutanée de la région cæcale ; le moindre frôlement de la paroi est extrêmement douloureux. Lorsque la contracture musculaire n'est pas trop intense, on sent le cæcum distendu, volumineux, fixé, adhérent aux organes voisins dont on ne peut le séparer. Ces manifestations coïncident avec un léger état de sub-fébrilité (38°) vers le soir. Les tentatives de mobilisation du cæco-ascendant inutiles et douloureuses font quelquefois percevoir de la crépitation neigeuse.

Les signes cliniques varient légèrement avec les caractères anatomiques et évolutifs des lésions. S'il s'agit d'épiploïte le malade accusera plus spécialement : des nausées accentuées surtout au réveil et

après le déjeuner, des tiraillements douloureux dans l'hyperextension forcée du thorax sur le bassin, un état subfébrile persistant, des points douloureux paraissant nettement extérieurs au trajet du cæco-ascendant. S'il s'agit de péricôlites on aura tous les signes de dilatation du cæco-ascendant et de la rétention stercorale consécutive. Enfin une bride de Lane pourra être soupçonnée si l'on constate des signes de constipation du grêle avec des douleurs continues prédominant dans la région sous-ombilicale droite.

A l'examen radioscopique debout, le cæcum semble volumineux et ne présente aucune contraction apparente. Il est très bas situé et vient se loger horizontalement derrière le pubis et quelquefois jusque dans le Douglas.

En position couchée, on constate que le bas-fond caecale remonte à peine de quelques centimètres, il s'étire plutôt qu'il ne s'élève.

Lorsque l'angle droit est intact et qu'il ne s'agit que d'une périviscérite du carrefour iléo-cæcal, l'angle colique remonte presque à sa place normale. Lorsque le transverse ptosé est adhérent au cæco-ascendant sur une certaine étendue (accolement en canons de fusil), l'angle droit et le transverse ne remontent pas et la dissociation des deux ombres coliques provoque toujours des douleurs très vives. Il semble que par la pression on chasse momentanément par écrasement la substance opaque de la cavité colique sans écarter l'ascendant du trans-

verse. On arrive en général à préciser le siège exact des zones d'adhérences par la localisation des points douloureux.

En outre, on voit que le repas opaque remplit mal le cæcum dont l'image, déformée, irrégulière, à bords flous, ne permet pas d'en décèler les contractions normales. Enfin, on remarque un retard de l'évacuation indiquant la stase cæco-ascendante et iléale. L'examen radioscopique fréquemment renouvelé montre que ces irrégularités du transit sont permanentes et non transitoires sous l'influence d'une cause occasionnelle passagère. Quant aux signes de séquelles de périviscérites, ils vont être étudiés plus loin avec la stase cæco-ascendante et la stase iléale.

Signes de stase cæco-ascendante. — Cliniquement, on constate un état général mauvais avec amaigrissement marqué, des troubles digestifs (constipation opiniâtre avec crises aiguës de distension gazeuse, spasmes, nausées, borborygmes pyrosis, aérocolie, etc.) et des troubles nerveux (céphalée, douleurs articulaires, lombalgie, cystalgie, état névropathique, etc.).

Tous les accidents ne semblent pas comme le voulait Lane uniquement dus à la stercorémie liée à la résorption des toxines au niveau de la muqueuse colique. Pour Faroy et Baumann il semblerait bien qu'il y aurait là en outre une action mécanique réflexe provoquée par la distension du cæco-ascendant et retentissant sur le système neuro-végétatif : Ce qui le laisse supposer c'est qu'après une évacua-

tion copieuse du cæco-ascendant on voit une grande partie de ces manifestations coprémiques s'atténuer et souvent même disparaître presque instantanément.

Signes de stase iléale. — La stase iléale s'associe souvent à la stase cæco-colique surtout lorsqu'un obstacle s'oppose au remplissage normal du cæcum (périviscérite, bride de Lane, etc.).

Cette stase se traduit radiologiquement par la persistance de l'ombre opaque 15 heures après le repas, par la dilatation des dernières anses iléales et souvent par une coudure du dernier segment de l'iléon qui se rabat contre la face interne du cæco-ascendant parallèlement à lui.

Au point de vue clinique on observe tous les signes de constipation du grêle : nausées, hoquets, vomissements, céphalée, etc. Le faciès grippé, la dépression du malade traduisent le profond retentissement sur l'organisme.

Signes de cæco-ascendant anormalement mobile. — Nous retrouvons ici tous les signes cliniques décrits précédemment. Les douleurs sont souvent plus vives. La palpation montre un cæco-ascendant étalé, gargouillant qui se déplace sous la main qui palpe et dans les changements de position du malade que l'on examine, debout, couché et en position déclive.

Radiologiquement on constate :

1^o Les signes de mobilité du cæcum que l'on peut remonter jusqu'à sa place normale ;

2^o La stase dans le côlon proximal.

En outre de ces signes qui sont permanents il en est d'autres qui sont liés à la torsion ou à la pliation du cæcum mobile. Ce sont des coliques avec météorisme local et péristaltisme augmenté et enfin des arrêts des matières et des débâcles diarrhéiques qui traduisent une occlusion temporaire. Ces accidents peuvent être les premières étapes d'un volvulus ; éventualité très grave mais heureusement exceptionnelle.

4^e Symptomatologie des allongements. — Comme nous l'avons vu l'allongement du cæcum est dû à une myasthénie lisse le plus souvent d'origine colitique.

Lorsque l'allongement permanent et irréductible est constitué la typhlo colite a regressé et il ne reste plus des lésions colitiques que leurs séquelles. On observera donc toutes les manifestations cliniques de la 2^e étape de la typhlo-côlite dans lesquelles la stase, les lésions du système nerveux autonome (entéro-névrites) et les lésions du système nerveux abdominal (cælialgies) jouent un rôle prépondérant.

L'examen radioscopique en dehors des signes de stase montrera la forme particulière et caractéristique du cæco-ascendant qui s'étendant à partir de l'angle droit situé à sa place normale semble étiré dans le sens vertical et peut descendre très bas jusque sous le pubis.

Ces malades qui en général sont des amaigris et des surmenés peuvent être pris à première vue

pour des ptosiques ; mais en dehors de l'absence de signes radiologiques de ptose (chute de l'angle droit) on constate :

1° Que la paroi est intacte ;

2° Que l'épreuve de la sangle est négative ;

3° Que l'allongement dans le décubitus ventral ou dorsal ne produit aucun soulagement.

5° **Déséquilibre organo-végétatif.** — Une partie des symptômes indiqués précédemment indique un déséquilibre du système neuro-végétatif. Les ptosiques sont en effet des vagotoniques présentant les troubles suivants : tendance à la lassitude, somnolence, salivation, sudation, spasme colique, hyperpéristaltisme, nausées, état saburral digestif, ralentissement des échanges, surtout troubles vasculaires hypotension artérielle, arythmie extrasystolique bradycardie, cyanose et refroidissement des extrémités.

Sur cette vagotonie se greffe des crises sympathicotoniques qui deviennent même prépondérantes lorsqu'il s'agit de ptoses et d'allongements compliqués de typhlo-côlite à la deuxième étape. On observe alors : agitation violente, instabilité physique et morale, insomnie, tachycardie, élévation de la tension artérielle, bourdonnements, palpitations, dyspnée d'effort, sécheresse de la peau et des muqueuses, troubles trophiques des poils et des ongles, exagération du métabolisme fondamental.

Suivant le stade d'évolution de l'affection il y aura prédominance vagotonique ou sympathicoto-

nique. Par exemple au cas de ptoses compliquées de typhlo-côlite à la première étape les manifestations vagotoniques seront primordiales. Au contraire durant la seconde phase de la typhlo-côlite les manifestations sympathicotonique seront les plus importantes. Le plus souvent on observe en même temps des troubles relevant à la fois de l'excitation du vague et du sympathique.

Au point de vue psychique ces malades sont des déprimés, des asthéniques auxquels tout travail physique et intellectuel est pénible. Leur caractère est sombre, ils sont facilement irritables et impressionnables, ils dorment mal et ont des cauchemars fréquents. Ils finissent par verser dans l'hypocondrie et la neurasthénie. Ils sont en effets obnubilés par leur affection qu'ils croient incurable et dès lors leur guérison est gravement compromise car ils essaient tous les remèdes possibles sans s'arrêter à aucun.

ÉVOLUTION DE LA TYPHLO-COLITE ET RETENTISSEMENT SUR LES PTOSES ET ALLONGEMENTS DU CÆCUM

Comme nous l'avons vu les ptoses peuvent rester longtemps latentes jusqu'au moment où se développe soit une colite par coprostase primitive due à une gêne mécanique dans l'évacuation du contenu intestinal, soit, et c'est le cas le plus fréquent, une colite d'étiologie banale qui se déclare d'autant plus facilement qu'elle a une prédilection marquée pour les sujets vagotoniques que sont les ptosiques.

Alors toute l'évolution de la ptose se trouve commandée par celle de la typhlo-colite dont la symptomatologie plus bruyante masque celle de la ptose.

Nous décrirons d'après MM. Faroy et Baumann deux étapes dans l'évolution de la typhlo-colite.

1^{re} étape. — Cette première étape est marquée par des lésions en activité, et caractérisée par une succession de crises subaiguës alternant avec des périodes de rémission. Ces crises se produisent à intervalles inégaux assez courts à l'occasion d'un léger état infectieux, d'écarts de régime, etc... On constate en général chez l'adulte une légère élévation thermique 38° qui cède rapidement à une éva-

cuation rapide, ou un état subfébrile caractérisant un état infectieux latent. La douleur est très variable, « gravatique ou paroxystique, sourde et continue ou lancinante et brève. Elle irradie aux lombes, à la hanche, à la cuisse et s'accompagne assez fréquemment d'une défense musculaire de la paroi même en l'absence de toute localisation appendiculaire » (Faroy et Baumann).

L'examen radiologique permet de préciser le siège de la douleur sur tout le cæco-ascendant avec maximum au niveau du bas-fond cæcal et de l'angle hépatique.

Les selles qui surviennent à la fin de la crise sont des selles de débâcles très riches en mucus. Dans l'intervalle de ces crises, on peut observer soit une forme diarrhéique vraie, soit une forme de fausse diarrhée caractérisée par l'évacuation de matières dures nageant dans un liquide d'odeur fétide.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, MM. Faroy et Baumann ont montré qu'à cette phase il n'y a pas de stase stercorale. « Les examens radioscopiques révèlent, au contraire, une évacuation cæcale dans les délais normaux, très souvent même une évacuation prématurée. Ce fait est mis en relief par le signe de Stierlin, par l'intolérance cæcale dans les cas de cõlite grave ou d'ulcus cæcal, refoulement antipéristaltique du lavement baryté arrivant à son contact. »

L'état nauséux, les vomissements caractérisent le retentissement de l'affection sur les fonctions gas-

triques. Les altérations des glandes digestives, foie et pancréas sont la règle mais ne sont encore qu'à l'état d'ébauche. Enfin la colite exagère les manifestations vagotoniques normales des ptosiques : lassitude, asthénie, anémie, hypotension artérielle avec diminution de la résistance globulaire, bradycardie, cryesthésie, états hypothimiques, migraine, dermatoses. Néanmoins, à ce stade, la ptose est encore bien compensée et ne se manifeste que par des troubles fonctionnels passagers même lorsque les poussées inflammatoires ont donné des réactions locales ou à distance, car les voiles, brides et adhérences néoformées sont encore assez souples pour permettre la contractibilité à peu près normale du cæco-ascendant.

2^e étape. — Au bout d'un temps plus ou moins long la colite s'amende et guérit même souvent, mais elle laisse des séquelles : lésions de la muqueuse, lésions nerveuses (entéro-névrites), adhérences qui font que l'affection continue à évoluer. Les adhérences s'organisent et aboutissent à la périviscérite adhésive. Les entéro-névrites donnent des troubles sensitifs, des troubles moteurs et des troubles glandulaires. Les troubles moteurs sont les plus importants. Ce sont des spasmes au niveau des zones de renforcements musculaires, en particulier au niveau du sphincter physiologique du cæco-ascendant. Ces spasmes succèdent à des périodes d'atonie et coexistent souvent sur un même segment avec des zones ectasiées. Toutes ces réactions con-

tradictaires fatiguent le muscle còlique qui, luttant contre cet obstacle physiologique, s'hypertrophie d'abord puis finit par se relâcher, perdre sa tonicité et enfin se laisse dilater passivement.

Les altérations des glandes digestives s'affirment ; le foie et le pancréas sont gravement touchés. Il se produit alors une modification profonde du milieu cæcal normal déterminant des fermentations et putréfactions exagérées qui donnent lieu à la formation de gaz qui distendent le cæco-ascendant dilaté et ptosé.

A ce stade la typhlo-còlite retentit fortement sur les ptoses et allongements du cæcum et on voit s'établir d'une façon lente mais progressive et sûre la typhlatonie avec stase et syndrome d'intoxication. Comme nous l'avons vu, deux ordres de phénomènes ont contribué à établir la stase : 1^o d'une part, les troubles moteurs et glandulaires, dont nous avons établi la progression, ont produit la déchéance du muscle còlique ; 2^o d'autre part, des réactions inflammatoires de voisinage : brides, adhérences, etc., ont contribué à apporter une gêne mécanique à l'évacuation normale du còlon droit.

La ptose et l'allongement du cæcum se compliquent alors de dilatation atonique du cæco-ascendant et souvent d'un allongement ou d'une ptose du còlon transverse. Le cæco-ascendant est quelquefois anormalement mobile, mais le plus souvent il se trouve fixé dans une périviscérite adhésive des carrefours iléo-cæcal et sous-hépatique.

Les crises qui surviennent à l'occasion d'écarts de régime, d'une intoxication alimentaire sont rares pendant cette seconde étape de la typhlo-côlite.

La douleur est particulière. « Elle est rarement vive, mais plutôt gravadique et sourde, sensation de tension ou de poids s'exagérant par une station verticale prolongée, par une marche ou un effort. Une palpation profonde et continue peut la déceler surtout si le côlon droit est distendu, mais elle ne se retrouve pas en des points fixes ainsi que l'indique la palpation sous l'écran. Par contre, elle est précise sur les plexus et la pression du plexus solaire, des plexus iliaques, est accusée par une sensation pénible. Les douleurs lombaires sont observées très fréquemment » Faroy et Baumann.

A la palpation, on sent un cæcum soit flasque et étalé, soit distendu par des gaz qui disparaissent rapidement sous l'influence d'un léger massage. La percussion et la sucussion associées donnent naissance à un clapotage et à des bruits hydro-aériques.

Les selles sont des selles de débâcles caractérisant des alternatives de constipation et de fausse diarrhée. Enfin, aux troubles vagotoniques ont fait place ou se sont associés des troubles du sympathique.

Des complications viscérales comme la cholécystite, des troubles rénaux peuvent évoluer à titre de complications de la côlite et masquer en partie l'affection intestinale primitive.

DIAGNOSTIC

Les éléments nécessaires pour poser un diagnostic précis de ptose ou d'allongement du cæcum sont à la fois d'ordre clinique, radiologique et coprologique. S'ils ont une valeur propre différente, l'examen radiologique étant le plus important, aucun d'eux ne s'excluent, au contraire ils se commandent et se vérifient les uns les autres.

Diagnostic clinique. — Le diagnostic clinique d'une ptose ou d'un allongement du cæcum est à peu près impossible à faire car il n'existe pas de signe absolument pathognomonique de ces affections. Lardennois en 1913 en avait pourtant décrit un qu'il énonçait ainsi : « Lorsqu'on refoule vers le cæcum le contenu du côlon transverse et du côlon ascendant on provoque une douleur de la fosse iliaque droite ; lorsqu'on refoule de bas en haut le contenu du cæcum prolabé vers le côlon sans violence, en s'y prenant à plusieurs fois, la douleur disparaît. Tant que la main comprime le fond du cæcum toute sensation pénible est absente. Si l'on cesse cette compression on sent le cæcum se distendre passivement et la gêne fait sa réapparition ». Mais ce signe n'est autre que le signe de Rowsing décrit dans l'ap-

pendicite et qui pour certains se rencontre aussi dans la cõlite.

Quelques signes mettent néanmoins sur la voie du diagnostic : déficience de la paroi, habitus asthénique particulier aux ptosiques, épreuve de la sangle positive, soulagement produit par le décubitus dorsal. Mais c'est surtout l'élimination des diverses affections possibles qui y fait penser.

Diagnostic radiologique. — En examinant systématiquement par la radioscopie faite en position debout, horizontale, puis déclive, puis latérale tous les malades qui souffrent de la fosse iliaque droite il est presque toujours facile de vérifier s'il existe une ptose ou un allongement du cæcum et de préciser le degré de mobilité de l'organe. Néanmoins il ne faut pas croire qu'elle donne dans tous les cas, et à elle seule la clef du diagnostic. Il est toujours utile de l'associer à l'examen clinique et coprologique et la collaboration étroite du médecin et du radiologue est on ne peut plus nécessaire.

Comme méthodes d'examens on aura recours soit à l'étude du transit, soit au lavement opaque ; mais le plus souvent on associera ces deux procédés qui donnent des renseignements à la fois d'ordre anatomique et physiologique.

Au point de vue anatomique nous seront renseignés sur la situation, le calibre, les dimensions, la forme et la mobilité du cæco-ascendant. On recherchera les adhérences sous le contrôle de l'écran en localisant les points douloureux.

Au point de vue physiologique nous aurons des renseignements précis sur le fonctionnement du côlon droit : état de spasme, d'atonie ou d'hyperkinésie de l'intestin, stase iliale et cæco-colique.

Diagnostic coprologique. — L'examen coprologique des selles est un élément non négligeable qui s'ajoute au diagnostic clinique et coprologique qu'il doit confirmer.

Il donne des renseignements précis :

1^o Sur la localisation de la diarrhée ou de la stase.

Les selles de constipation cæcale sont le plus souvent des selles de débâcles caractérisées par des billes petites, dures, enrobées, comme noyées dans une partie pâteuse jaune et qui présente les caractères complets et si typiques du contenu cæcal normal (stercobiline, cellulose digestible, amidon, flore iodophile, réaction acide). Ces débâcles succèdent, comme l'a montré Baumann, à des périodes d'évacuation par regorgement.

2^o Sur la nature de ces diarrhées : diarrhée motrice et diarrhée des côlites.

3^o Sur les fermentations et putréfactions anormales qui se produisent dans le cæcum et qui sont liées à l'insuffisance des glandes digestives (foie et pancréas).

4^o Il permet de déceler la cœlite par la présence de mucus, pus, sang, leucocytes, amas mucoïdes, albumines.

Ces produits pathologiques peuvent avoir été résorbés ou détruits par suite de fermentations anor-

males liées à la putréfaction des albumines mais trois éléments caractéristiques de la selle cæcale persistent toujours : stercobiline, flore iodophile et pouvoir de fermentation des selles à 37° en une demi-heure.

5° Il précise la nature de la còlite : présence de mucus concrétés ou non, parasites (ascaris, oxyures, trichocéphales, amibes, etc.)

6° Il rend un compte exact des lésions de la muqueuse.

7° Il sera un guide précieux pour l'institution et le contrôle du traitement médical.

8° En particulier il commandera le régime spécial et servira à chaque instant à le réadapter aux fluctuations de la capacité digestive.

Les examens clinique, radiologique et coprologique ayant donné des résultats concordants, c'est en toute sûreté qu'on pourra poser le diagnostic de ptose ou d'allongement du cæcum.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel est à faire avec toutes les affections de la fosse iliaque droite : lésions rénales droite (hydronéphrose, rein mobile, etc...) ; lésions génitales, salpingite, et déviations utérines chez la femme, lésions de la vésicule séminale chez l'homme, lésions hépatiques, tuberculose péritonéale, péricòlite, épiploïte, typhlo-còlite, troubles psycho-organiques, etc... On doit les éliminer par leurs moyens d'investigation propre ; mais il faut savoir qu'il ne suffit pas de préciser l'existence d'une de ces affections pour

rejeter l'hypothèse d'une ptose ou d'un allongement du cæcum, qui peut coexister avec l'une quelconque des lésions indiquées précédemment.

Mais l'affection à laquelle on pense tout naturellement quand on se trouve en face d'un syndrome iliaque droit est l'appendicite chronique dont les formes très polymorphes sont très difficiles à diagnostiquer cliniquement. Nous en dirons quelques mots en tâchant de préciser les points communs avec les ptoses, en particulier avec celles qui s'accompagnent de typhlo-côlite.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces affections, on observe :

- 1^o Même souffrance iliaque droite ;
- 2^o Même état fébrile avec légères poussées de température au moment des crises ;
- 3^o Même anémie ;
- 4^o Même retentissement sur l'estomac et les glandes digestives ;
- 5^o Mêmes périviscérités ;
- 6^o Même déséquilibre organo-végétatif.

Lorsqu'il s'agit d'une appendicite chronique consécutive à une crise aiguë, l'étude des commémoratifs peut mettre sur la voie du diagnostic. Cependant, on peut confondre cette crise aiguë avec une crise de distension cæcale s'accompagnant de signes légers qui, plus marqués, sont considérés ordinairement comme caractéristiques de manifestations appendiculaires : contracture musculaire de la paroi, ballonnement, hyperesthésie cutanée.

Lorsqu'il s'agit d'appendicite chronique d'emblée, c'est encore plus délicat. Cependant les signes cliniques suivants : fièvre, abolition ou diminution du réflexe cutané abdominal, sensation de plénitude de la fosse iliaque droite et surtout localisation de la douleur en un point précis, feront penser à l'appendicite.

L'examen du sang donne également des résultats intéressants rapportés par Antoine et Martel, qui les formulent ainsi :

a) formule sanguine normale = syndrome douloureux purement mécanique (ptoses, coudures, etc.) ;

b) leucocytose à mononucléaire = appendicite chronique simple ;

c) leucocytose à polynucléaire = appendicite compliquée d'une lésion infectieuse d'un organe voisin.

Mais c'est surtout aux examens radioscopique et radiologique qu'on s'adressera pour trancher la question. D'une part, on pourra toujours préciser s'il existe une ptose ou un allongement du cæcum. D'autre part, si les signes d'examen radiologique de l'appendice : visibilité, hypermobilité, inégalités de remplissage, vacuoles, coudures ne peuvent donner lieu à aucune interprétation précise, la localisation de la douleur en un point précis correspondant au point d'implantation de l'appendice permet d'affirmer l'existence d'une lésion appendiculaire. Par contre, la dissémination des points douloureux sur tout le cæco-ascendant constitue une forte présomption en faveur d'une manifestation colitique compliquant une ptose ou un allongement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Docteur Larcher).

Mlle C ...,danseuse professionnelle,née en 1901, vient consulter en 1925 pour troubles digestifs. Très chétive pendant son jeune âge,en 1916 elle fit une bronchite et une pleurésie sèche à gauche. En 1922 une congestion pulmonaire ; elle s'amaigrit beaucoup,son poids tombe de 61 à 50 kgr. 300.

En 1924,elle souffre de sa fosse iliaque : pesanteur, cystalgie,présente des troubles congestifs du petit bassin (règles) et est atteinte de constipation. Elle est soignée à ce moment pour rein droit descendu.

En 1925,les troubles dyspeptiques s'affirment : haleine fétide, gaz abondants. Elle présente en outre une insuffisance respiratoire avec aérogastrie, crampes d'estomac et spasme du pyllore passé. La tension est 8-13.

L'examen aux rayons X révèle une ptose cæco-ascendante dans le petit bassin.

Le port d'une ceinture avec cure de repos provoque une amélioration de poids, en 1 mois 1/2, de 50 kgr. 300 à 52 kgr. 300.

OBSERVATION II (Docteur Larcher).

Mlle L ...,née en 1914, de parents bien portants opérée de végétations en 1920. Elle a eu de l'urticaire et ses dents se carient facilement.

Au lendemain d'un repas copieux, état migrainoïde par anaphylaxie alimentaire (œufs, huîtres, fromages fermentés) cédant hors de Paris.

En 1926, douleurs dans la fosse iliaque droite avec spasme colique droit. La malade, neuro-lymphatique, a des ganglions Elle est pâle et cette pâleur s'accentue dans la station debout prolongée.

La palpation précise un point douloureux cæcal et une hypersensibilité de tout le cæco-ascendant.

La radioscopie permet d'éliminer l'appendicite et précise l'existence d'un cæcum mobile et ptosé mais non douloureux et remontant dans la position couchée de plusieurs centimètres. On constate, en outre, un spasme diffus de la première portion du transverse qui fait un coude difficile à réduire.

Le traitement médical améliore la malade dont le poids passe de 30 kgr. 800 à 34 kgr.

OBSERVATION III (Docteur Larcher).

M. Br. . né en 1907. Hérité neuro-lymphatique, pas de troubles de la nutrition de l'enfance, mais vomissements bilieux saisonniers.

La malade qui a grandi rapidement manifeste une insuffisance respiratoire par rhino-pharyngite.

En 1923, après une grippe : troubles dyspeptiques, pesant dans la fosse iliaque et amaigrissement de 49 à 42 kgr.

En 1926, accentuation des pesanteurs, fatigue et asthénie très marquée après une deuxième grippe.

A l'examen on constate un météorisme très marqué de

l'hypocondre droit (aérogastrocôlie). Les selles sont variables de consistance et de couleur. La tension est basse : 8-10 1/2. L'instabilité nerveuse très marquée en 1927 exige un changement de milieu avec cure de repos à la campagne.

Traitement. — L'allongement, la gymnastique abdominale et respiratoire avec Chilaiditi, la désinfection intestinale avec port d'une ceinture provoque une reprise de poids de 45 kgr. à 50 kgr. 500.

Examen radioscopique. — Gastropiose, entéroptose et cæcoptose avec cæcum large et distendu, montrant l'amorce de l'iléon et l'appendice perméable. Le bas-fond cæcal est assez peu mobile, mais la colonne cæco-colique s'allonge et remonte en position couchée, de même que le transverse.

OBSERVATION IV (Docteur Larcher).

M. M..., né en 1906, présente une hérédité névropathique maternelle. Abus des amylacées (pain) au collège, surmenage intellectuel et sédentarisme. En 1923, on note un début de constipation que le sport n'améliore pas. Le malade a des bourdonnements d'hypotension (tension 8-11). Il ressent des pesanteurs dans la fosse iliaque droite et s'amaigrit considérablement (Il pèse 49 kgr. pour 1 m. 72). On note une insuffisance respiratoire, de l'aérocôlie, du pyalisme. L'examen des selles montre une insuffisance de digestion de la cellulose.

A la palpation, l'angle droit est douloureux et on sent l'accrolement du transverse dont la guirlande tombe plus bas que le bas-fond cæcal (radio).

Le malade est amélioré par la diathermie, la gymnastique

respiratoire avec Chilaïditi, le pthyalisme cède à la belladone. Le poids monte de 49 kgr. 5 à 52 kgr. 400.

OBSERVATION V (Docteur Larcher).

M...,né en 1890 de mère hépatique, enfance chétive, typhoïde à 10 ans, ganglions. En 1919 grippe et pleurite droite. En 1924, amaigrissement post-grippal et asthénie avec tension basse. Le malade qui mange beaucoup présente de la fatigue digestive. Il se plaint de pesanteurs tardives. il provoque des vomissements qui le soulage. Il a des cauchemars, dort mal et présente une instabilité nerveuse très marquée (diathèse hystéromane).

Le malade très constipé se plaint de douleurs à type solaire avec borborygmes dans la fosse iliaque droite présente de l'anaphylaxie alimentaire pour les graisses et les œufs et de la carie dentaire (déphosphatisation) avec insuffisance hépatique.

A la palpation douleur très nette sur l'angle colique droit, avec glutéro-spasme du descendant (corde colique). Dans la station debout le malade a des vertiges (mal de mer) calmé par le repos et les anti-spasmodiques.

Traité par l'allongement, le port d'une ceinture, un régime approprié, on constate une reprise de poids de 52 kgr. 500 à 56 kgr.

Examen radioscopique. — Estomac volumineux avec poche à air redescendant à 3 doigts au-dessous des crêtes. En position debout le caeco-ascendant apparaît télescopé dans la fosse iliaque. En position couchée, l'angle droit se déroule normalement et reprend sa place normale. Le cæcum est très

mobile et se déplace dans les changements de position du malade.

L'amorce du transverse n'est vue que couchée; en position debout elle semble partir du bas-fond cæcal.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical est variable suivant le stade d'évolution et la forme plus ou moins grave de l'affection.

I. Ptoses bénignes. — Lorsqu'il n'existe pas de manifestations côlitiques nettes le traitement médical consistera dans : le port d'une ceinture à pelote insufflable, un régime approprié (diminution des albuminoïdes et des légumineuses), des prescriptions générales d'hygiène (éviter les excès de fatigue de toutes sortes, repos complet le plus absolu par allongement dans le décubitus dorsal ou latéral gauche).

Et ainsi par adjonction d'un léger traitement psychotérique avec cure de milieu, changement d'air, on arrivera à avoir rapidement raison du léger amaigrissement et des quelques symptômes douloureux.

II. Allongements et ptoses compliquées. — Ici les grandes lignes du traitement médical consisteront dans :

1° Le traitement de la typhlo-côlite ;

2° La réduction motrice du côlon droit par le

traitement physiothérapique de la stase et des péri-viscérîtes.

La notion primordiale avant de commencer le traitement physiothérapique est la nécessité absolue de refroidir au préalable l'élément còlitique.

Traitement de la typhlo-colite. — Ce traitement toujours très long doit être suivi jusqu'à l'atténuation complète des phénomènes douloureux. Il varie avec les deux étapes d'évolution de la typhlo-còlite.

a) *Première étape.* — Ce sera d'abord et avant tout un traitement causal toutes les fois que l'examen coprologique en fournira la possibilité (parasites, agents infectieux).

On luttera contre le processus inflammatoire :

1° Par le régime qui sera mixte et qui ne devra pas être trop riche en albuminoïdes qui se putréfient facilement et en légumineuses à cause de la cellulose qu'elles renferment. Pendant les crises la diète hydrique pendant deux ou trois jours s'impose.

2° Par la désinfection intestinale. On emploiera les moyens biologiques (ferments lactiques, levures) et les moyens chimiques (charbon animal, bismuth, benzonaphtol, acide lactique, peroxydes, etc.). Puis on complète cette désinfection par l'emploi de purgatifs légers (calomel, sulfate de soude et huile de ricin à petites doses) ;

3° En essayant de modifier la muqueuse par une médication récalcifiante appropriée (chlorure de calcium en particulier) ;

4° On réveillera les sécrétions digestives déficientes par l'emploi des cholagogues, de l'opothérapie biliaire et pancréatique.

b) *Deuxième étape.* — On aura encore recours à la désinfection intestinale et au régime approprié commandé par l'examen coprologique. Il faut faire attention en réduisant les albuminoïdes et les légumineuses à ne pas tomber au-dessous de la ration d'entretien chez ces malades déjà en état de dénutrition.

Pour ce faire on utilisera les repas répétés avec mastication prolongée.

On se servira en outre des auto-vaccins préconisés par Lane et des pansements gelosés et médicamenteux.

Enfin on emploiera la thermothérapie réalisée simplement par : les applications de compresses chaudes, les bains chauds, les douches d'air chaud ou mieux encore par la diathermie et les cataplasmes de boue minérale en honneur à Châtel-Guyon.

On traitera la vagotonie et la sympathicotonie suivant le cas par l'adrénaline, la pilocarpine, l'éserine et l'atropine. Dans les formes particulièrement douloureuses on fera usage des anti-spasmodiques (laudanum, belladone, etc.), des rayons ultra-violets et des injections sous-cutanées de mésothorium préconisées par Lœper.

Traitement physiothérapique. — L'élément colitique s'étant amendé on commencera le traitement physiothérapique qu'on réalise par trois procé-

dés indiqués par Lœper et Baumann, et que l'on applique simultanément : le massage, la gymnastique diaphragmatique par la manœuvre de Chilaïditi et la spondylothérapie.

Le massage employé par un opérateur habile donne des résultats excellents dans les cas de distension du cæco-ascendant et dans la péricôlite plastique. Lorsqu'il s'agit d'allongements on peut en général agir directement sur les zones d'adhérences que l'on peut arriver à dissocier sous le contrôle de l'écran mais s'il s'agit de ptoses c'est beaucoup plus difficile et c'est par l'intermédiaire du transverse que l'on agira. « La situation de celui-ci étant précisée on cherche par un massage profond commençant au pubis à accrocher le côlon transverse et à le refouler de bas en haut suivant la ligne médiane pendant que le patient se livre à des inspirations profondes » (Baumann et Mme Berezowski-Chestov). Ces massages ne doivent jamais être douloureux.

La gymnastique respiratoire de Chilaïditi pratiquée pendant plusieurs mois assouplit l'intestin, relâche les adhérences et ainsi contribue à stimuler la motricité du côlon.

C'est après que le cæco-ascendant a retrouvé sa souplesse que l'on emploie la spondylothérapie qui consiste dans la percussion des apophyses épineuses de certaines vertèbres : onzième dorsale, deuxième et troisième lombaires. On détermine ainsi au niveau des zones de renforcements musculaires des réflexes viscéraux vérifiés récemment par Aubourg

et Baumann et qui ont pour résultat d'équilibrer la physiologie motrice du côlon.

On ajoutera évidemment aux traitements colique et physiothérapique, toutes les prescriptions générales d'hygiène. On conseillera particulièrement la cure d'eau à Plombières ou à Châtel-Guyon et le repos allongé. Chez les ptosiques on conseillera le port momentané d'une ceinture à pelote insufflable jusqu'à ce que ces malades aient repris de l'embonpoint et aient développé leur sangle abdominale par le massage général, l'hydrothérapie, l'électricité. Cette ceinture sera cependant déconseillée dans les cas de cæco-ascendant très mobile par suite de la difficulté pour le malade d'immobiliser son cæcum en bonne position.

Traitement psychothérapique. — C'est un adjuvant qu'il ne faut pas négliger; et à ce sujet le médecin doit se montrer fin psychologue de manière à procurer au malade le repos moral aussi nécessaire que le repos physique, et pour pouvoir lui faire comprendre la nécessité de se plier aux exigences d'un traitement de longue haleine.

Quels résultats peut-on attendre du traitement médical?

Il est bien évident que les lésions anatomiques (ptose ou allongement) ne sont guère modifiées, mais leurs manifestations cliniques disparaissent ou tout au moins s'atténuent d'une façon marquée. On le vérifie radiologiquement par une diminution de la stase avec tendance vers la régularisation du transit.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne saurions mieux faire que de citer Lardennois dont l'opinion fait autorité en la matière. « L'idée conduisit à imaginer deux ordres d'interventions plastiques sur le cæcum : les unes tendaient à maintenir le cæcum en position élevée dans la fosse iliaque en le fixant à la paroi, les autres avaient pour but de diminuer ses dimensions en effectuant par des sutures le plissement de ses parois. La fixation du cæcum ou typhlopexie et la typhlorrapié ou cæcopicature furent d'ailleurs souvent associées avec l'appendicectomie sur des sujets distendus et ptosés. Les résultats, entendons bien entendu, les résultats à distance, ne furent pas régulièrement satisfaisants et il ne pouvait guère en être autrement. Certains opérés étaient bien améliorés, mais disent les adversaires de ces opérations, pas plus qu'avec l'appendicectomie souple. Dans nombre de cas après une période d'accélération du transit due aux réactions cæcales post-opératoires, les malades retombaient dans l'état de stase antérieure malgré les efforts de médication intestinale.

« En réalité si ces opérations réussissaient à rendre temporairement l'aspect radiologique du réservoir

cæcal plus régulier, il ne s'ensuit pas que le fonctionnement physiologique soit nécessairement plus satisfaisant. Il faut au cæcum une liberté suffisante de ses mouvements pour évacuer son contenu. Espère-t-on les faciliter par la création d'une bande de cicatrice de la paroi musculaire ? Ne risque-t-on pas au contraire à diminuer la contractibilité d'un organe déjà fatigué et insuffisant. La suspension du cæcum a diminué dans certains cas les douleurs. Elle est logique si l'on craint le volvulus mais elle ne suffit pas à assurer la vidange du cæcum. La pexie postérieure est la seule rationnelle mais elle peut parfois dépasser le but et immobiliser le cæcum dans une péricôlite adhésive. Lorsque la fixation du cæcum paraît indiquée, il est généralement préférable de la réaliser en utilisant le méso ; en soudant celui-ci au péritoine pariétal on obtient un mode de suspension physiologique. »

En cas de déformations considérables en plus de celles du cæcum on aura recours, comme le recommande P. Duval et J.-Ch. Roux, à la cæco-sigmoïdostomie qui présente de nombreux avantages sur l'iléo sigmoïdostomie. Ce n'est que dans des cas tout à fait extraordinaires qu'on peut songer à l'exérèse du cæcum qu'on devra toujours chercher à conserver dans les colectomies partielles. Les péricôlites et les périviscérites qui compliquent les ptoses peuvent lorsqu'elles sont irréductibles se traiter chirurgicalement. Leur traitement chirurgical par : péricôlyse, greffes épiploïques, suppressions des dévia-

tions augulaires, résection de l'épiploon, colectomie vient d'être exposé d'une façon magistrale au dernier Congrès de chirurgie par G. Lardennois.

De nombreux chirurgiens, en particulier Dupuy de Frenelle et Duhoux de Lyon sont beaucoup plus optimistes que Lardennois et prétendent obtenir des résultats parfaits et durables. Néanmoins nous ferons nôtre l'opinion de Pauchet qui dit : « Dans les opérations exécutées chez les ptosiques le chirurgien ne doit pas considérer ces malades comme atteints d'une lésion purement locale qu'on peut guérir par une opération. Ils présentent un état pathologique complexe qui fait que l'opération est un épisode thérapeutique mais n'est qu'un des éléments de la guérison. »

CONCLUSIONS

De l'étude très modeste et très succincte exposée précédemment, nous concluons :

1° Que les ptoses du cæcum sont le plus souvent d'origine congénitale : soit qu'elles apparaissent dès la naissance, soit que des malformations congénitales accessoires les conditionnent et favorisent leur établissement dans l'adolescence.

2° Que les ptoses et allongements du cæcum sont susceptibles de rester à l'état latent très longtemps et de ne donner lieu à aucune manifestation clinique.

3° Que leur évolution vers la dilatation et la stase se fait progressivement sous l'influence d'une cause surajoutée, en l'occurrence la typhlo-côlite.

4° Que leurs manifestations cliniques essentiellement polymorphes sont sous la dépendance de cette typhlo-côlite.

5° Quelles se compliquent fréquemment de ptoses et allongements du côlon transverse.

6° Que la clinique est insuffisante à elle seule pour diagnostiquer ces affections et qu'un examen coprologique et surtout radiologique s'impose.

7° Que le traitement chirurgical donne des résul-

tats fort inconstants, alors qu'un traitement médical approprié améliore d'une façon certaine ces malades.

8° Que l'élément important du traitement médical consiste à refroidir l'inflammation cœlitique avant de commencer le traitement physiothérapique.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du cæcum et à la péricôlite du côlon ascendant et de son angle hépatique (Presse médicale, 1913).

— Disposition vicieuse du côlon ascendant provoquée par l'abaissement du rein droit (Rev. de Chir., 1904).

Baumann. — Constipation du type cæcal chez l'enfant et son traitement (Concours médical, n° 17, 1921).

Baumann et Berechowski-Chestov (Mme). — Traitement physiologique de la péricôlite adhésive chronique (J. de méd. et de chir., 1927).

Buy. — Thèse Paris, 1900.

Case. — X rays observations on colonies peristaltis and anti-peristaltis with special reference to the function of the ileo-colic valve (Med. record, 1914 et Arch. d'elect. med., 1917).

Carnot (P.), Harvier, Lardennois et Friebe. — Les côlites, 1923.

Carnot et Blamoutier. — Les périviscérités, 1926.

Charlier. — Soc. de chir., 1926.

Cheinisse. — Semaine médicale, janvier 1910.

Chiray et Lebon. — La stase intestinale chronique (Presse médicale, mars 1927).

Colaneri. — Thèse Paris, 1919.

Constantin. — Thèse Paris, 1919.

- Dalsace.* — Stase intestinale, appendicite chronique et typhlo
côlite (Bull. méd., n° 18, 1923).
- Delblet (P.).* — Typhlite ptosique (Semaine méd., nov. 1905).
- Ducatte.* — Thèse Paris, 1900.
- Dupuy de Frenelle.* — Appendicites, côlites et périviscérîtes.
— Les péricôlites chroniques (Paris chir., n° 6, 1927).
- Duroux (E.).* — Stase intestinale et péricôlite droite (Presse
médicale, n° 103, 1927).
- Duval (P.) et Roux (S. Ch.).* — Les altérations du côlon droit et
la constipation cæcale (Arch. du tube dig., 1914).
— Stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chi-
rurgical (Arch. du tube dig., 1920).
- Faroy.* — Notes de pharmacologie (Progrès médical, 1920 à
1923).
- Faroy et Baumann.* — Les manifestations côlitiques du trans-
verse (Presse médicale, juin 1923).
— De la côlite à la stase (Concours médical, 1923, n°16).
— Les 2 étapes de la typhlo-côlite chronique (Presse médi-
cale, juin 1926).
- Faroy-Baumann et Lemair (A.).* — L'appendicite chronique, ses
complications et son traitement (Journal méd. Français,
avril 1924).
- Fraikin.* — Etude pathogénique du déséquilibre abdominal
(Paris médical, juillet 1925).
— Déséquilibre du ventre et appendicite chronique. Ed.
Maloine, 1928.
- Grégoire.* — Dilatation douloureuse du côlon droit et appendi-
cite chronique (Arch. des mal. de l'app. digest., 1920,
n° 8).
— La dilatation douloureuse du côlon droit (Paris médical,
janvier 1922).

Glénard. — Anatomie et radiologie de l'entéroptose (Semaine médicale, janvier 1911).

Gley. — Physiologie.

Goiffon. — Manuel de coprologie. Masson, 1925.

Gaillaume (A.-C.). — Recherches sur la stase intestinale
XVI^e Congrès franç. de Méd., 1922).

— Les colotyphlites et le syndrome iliaque droit. Doin, 1924.

Hirsh. — Le tractus sphinctérien cæco-côlique (Forsch. auf dem Geb. der. Röntg., décembre 1924).

Hausmann. — Das cæcum mobile (Deut. Zeit. f. chir., 1911).

Hofmeister. — Ueber typhlectasie (Beitr. z. Klin. Ann., 1911).

Kautor (J.-L.). — Le cæcum bas-situé (American Journal of Röntghnol. a. Rad. Ther XIV, sept. 1925).

Klose. — Klinische und anatomische Fragestellungen uber das cæcum mobile (Beitr. z. Klin. chir., 1910).

— Die habituelle torsion das cæcum mobile (Münch. med. Woch., 1910).

Lane (A.). — Coloptosis and his treatement (Médicinal. mod. Gaz. of Calcutta, 1907).

— The Kink. of the iléum in chronic intestinal stasis (Derby. med. soc. Lancet, 1911).

Lardennois. — Les ptoses du cæcum (Soc. Anat., 1910).

— Les ptoses du cæcum (Presse médicale, 1910).

— Traitement chirurgical (in vol. Carnot, Les Côlites, 1923).

— La stase côlique par déformations des côlons (Presse médicale, 1913).

— Les péricôlites chroniques (XXXVI^e Congr. de chir., 1927).

Lardennois et Aubourg. — Les Dolichocolies (Journ. de rad. et d'élect., février 1914).

Laurka (Mme). — Les mouvements de l'abdomen et les ptoses organiques (Académie de méd., nov. 1923).

- Lefebvre.* — Thèse Toulouse, 1915.
- Loeper.* — Leçons de pathologie digestive, 2^e série.
- Loeper et Baumann.* — Société de méd de Paris, février 1923.
- Martel et Antoine.* — Les fausses appendicites. Masson, 1923.
- Morley.* — Manifestations cliniques dans les cas de côlon proximal mobile (Brit. med. journ., 1920).
- Pauchet.* — Les périviscérites (Gaz. des hôpitaux, 1927).
- Quain.* — Contribution au diagnostic et au traitement de la ptose colique droite (Amer. Journ. of Surg., août 1924).
- Rouvière.* — Anatomie descriptive, t. I.
- Settimo.* — Thèse Montpellier, 1927.
- Sorrel.* — Thèse Paris, 1914.
- Sierlin.* — Das cæcum mobile als ursache manchen Falle von sogenn ante chronischer appendizitis (Deut. Zeitschr. f. chir., 1910).
- Waugh.* — Les conséquences pathologiques d'un côlon ascendant mobile (Brit. Journ. of Surg., juin 1920).
- Wilms.* — Deut. Med. Woch., oct. 1908.
- X... — Questions d'anatomie de la Vie Médicale (cæcum et appendice).

